Casuistischer Beitrag

zur

Lehre vom primären Leberkrebs.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Ludwig-Maximilians-Universität in München

vorgelegt von

Martin Pleitner
aus Wallenbrück i. Westf.

München 1899.
Kgl. Hof-Buchdruckerei von Kastner & Lossen.

Casuistischer Beitrag

zur

Lehre vom primären Leberkrebs.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Ludwig-Maximilians-Universität in München

vorgelegt von

Martin Pleitner
aus Wallenbrück i. Westf.

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

München 1899.
Kgl. Hof-Buchdruckerei von Kastner & Lossen.

Referent: **Herr Obermedizinalrat Prof. Dr. Bollinger.**

Meiner lieben Mutter

in

Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548318_0123

Unter den mannigfachen Erkrankungen der Leber hat vor allem der Krebs während der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts das wissenschaftliche Interesse in hohem Maasse in Anspruch genommen. Die Frage, ob die Unterscheidung von „primärem“ und „sekundärem“ Leberkrebs Berechtigung habe, ist in einer Reihe wissenschaftlicher Untersuchungen erörtert worden. Die Häufigkeit der „sekundären“ Krebsentartung in der Leber hat wohl zum Teil ihren Grund in der Grösse und topographischen Lage des Organs, die es mit den meisten übrigen Organen der Bauchhöhle in Kontakt bringt, wodurch das Ueberwuchern einer Geschwulst von diesen auf die Leber begünstigt wird. Bei dem doppelten Gefässsystem der Leber, das ihr ausser dem Aortenblut auch noch das venöse aus den Verdauungsorganen zuführt, ist aber das Entstehen des Leberkrebses auf metastatischem Wege viel häufiger, indem sich Krebsteilchen von dem primären Tumor loslösen, durch die Pfortaderäste in die Leber geschleppt werden und dort neue Carcinome erzeugen. Diese Entstehungsursache wird weiter begünstigt durch die Verlangsamung, die der Blutstrom aus der Pfortader bei seinem Eintritt in die Leber erfährt. In Berücksichtigung dieser für das Auftreten von Metastasen prädisponierenden Momente ist man so weit gegangen, dass man behaup-

tete, bei gleichzeitiger Krebsentartung der Leber und eines andern Organes, namentlich eines dem Pfortadergebiet angehörigen, sei der Krebs des letzteren als primärer, derjenige der Leber als sekundärer anzusehen, mit andern Worten, die Diagnose „primärer Leberkrebs“ sei nur dann zu stellen, wenn alle andern Organe ganz frei von Krebsknoten wären. So bestritt Riesenfeld im Jahre 1868, nachdem die Häufigkeit des primären Lebercarcinoms in früherer Zeit weit überschätzt worden war, überhaupt das Vorkommen eines wirklich primären aus der Leber entstandenen Carcinoms vollständig und behauptete, stets sei einmal eine primäre Affektion eines andern Organs dagewesen, sie sei symptomlos vorübergegangen; er stützte sich hier auf Protokolle des Berliner pathologischen Instituts. Dort fand er unter 2601 Sektionen 69 Fälle von Leberkrebs, aber keinen einzigen primären. Er meinte, man könne höchstens von primärem Leberkrebs sprechen, wenn man die von der Gallenblase oder deren Ausführungsgängen sich entwickelnden Krebse dafür ansehe. Dieselbe Ansicht teilt Klebs, welcher darauf hinweist, dass man neben einer sehr mächtigen Entwicklung des Carcinoms in der Leber relativ unbedeutende und doch vermöge ihres Charakters als ältere aufzufassende Neubildungen in andern Organen findet, z. B. gereinigte carcinomatöse Magengeschwüre, welche symptomlos verlaufen sind. Frerichs gibt dagegen zu, dass die Leberaffektion zuweilen das ursprüngliche Leiden sei und andere Carcinome später hinzutreten, erwähnt aber die Seltenheit dieses Vorkommens gegenüber der Häufigkeit der Metastasenbildung bei Carcinomen an-

derer Organe. Weigert und nach ihm Hesseling und Bongartz meinen zwar, dass, ehe die Diagnose „primärer Leberkrebs“ gestellt wird, man alle Organe nach einem etwaigen primären Herd absuchen müsse, behaupten aber, dass Metastasen und zwar in erster Linie in der Lunge sehr wohl vorkommen. Genaue Beobachtungen der letzten Jahrzehnte haben die letzten Ansichten bestätigt. Die Existenz des primären Leberkrebses ist jetzt durch zahlreiche Fälle der Litteratur unzweifelhaft bewiesen.

Wenn auch heute ziemlich allgemein das Vorkommen von primärem Leberkrebs zugegeben wird, so herrschen doch bezüglich der Häufigkeit desselben noch bedeutende Meinungsdifferenzen. Man hat über die Häufigkeit des primären wie des sekundären Leberkrebses zahlreiche Tabellen aufgestellt, die aber nur geringen Wert beanspruchen; erst die statistischen Angaben seit der Mitte der 70er Jahre dieses Jahrhunderts sind kritisch unanfechtbar. Da jedoch umfassendere Zahlen über die Häufigkeit des Krebses im allgemeinen und des Leberkrebses im besonderen mit genauer Berücksichtigung des Umstandes, ob derselbe primär oder sekundär in der Leber auftrat, in neuester Zeit wenig mitgeteilt wurden, möchte ich an der Hand des Sektionsaktenmaterials des pathologischen Instituts in München einige diesbezügliche genaue Angaben machen.

Während der Jahre 1888—1898 wurden im pathologischen Institut zu München 8577 Leichen seciert. Es liegt nun in der Natur des Krebses, dass dieser erst von einem gewissen Alter an zur Beobachtung

kommt, da zum Glück wenigstens die ersten zwei Dezennien des Lebensalters von der bösartigen Erkrankung in der Regel verschont bleiben. Ich berücksichtige daher im folgenden nur die 6554 Sektionen von Personen, welche das 20. Lebensjahr überschritten haben. Ferner erscheint es zweckmässig, an erster Stelle eine gesonderte Betrachtung der Geschlechter eintreten zu lassen, zum Beweis dafür, dass nicht das Geschlecht an sich, sondern nur die weiblichen Geschlechtsorgane zur Krebserkrankung ganz besonders disponiert sind. Es ergibt sich:

Geschlecht	Männlich	Weiblich
Anzahl der Sektionen . . .	3889 (59 %)	2665 (41 %)
davon Krebs bei	275 (36 %)	488 (64 %)
in Procenten	7 %	18 %

Es zeigt sich also ein ungeheures Ueberwiegen des Krebses beim weiblichen Geschlecht, was sich durch die ausserordentliche Häufigkeit des Krebses innerhalb des Sexualgebietes erklären lässt. Sind doch in die Zahl 488 nicht weniger denn 154 Uterus-, 57 Mamma- und 40 Ovarial-, Vulval- und Vaginalkrebse eingerechnet, so dass nach Ausschaltung dieser Krebse sich die Ziffern für das männliche und weibliche Geschlecht so sehr nähern, dass kaum noch ein Ueberwiegen des letzteren angenommen werden kann. Wir erhalten, wenn wir die eben angegebenen Zahlen zusammenfassen, auf 6554 Leichen diverser Krankheiten 763 Krebse; Verhältnis 1:9 oder 12 %.

Es ist weiter von Interesse, die Häufigkeit des

Krebses in den einzelnen Jahrzehnten des Lebensalters zu bestimmen:

Lebensalter	Anzahl des Krebses	Prozentsatz
unter 20	3	0,4
„ 20—30	13	1,7
„ 30—40	81	10,6
„ 40—50	172	22,5
„ 50—60	205	26,9
„ 60—70	201	26,3
„ 70—80	76	10,0
über 80	12	1.6

Dem Alter nach ist der Krebs am seltensten im 1. und 2. Dezennium, in jedem der folgenden Dezennien nimmt die Häufigkeit zu, erreicht ihre Höhe im Alter von 50—70 Jahren und nimmt nach dem 70. Lebensjahr hauptsächlich entsprechend der geringen Zahl der in dieser Lebensperiode überhaupt noch Lebenden wieder ab.

Nach dieser Zusammenstellung über die Häufigkeit des Krebses im allgemeinen, sollen nun einige Zahlen die Häufigkeit des Krebses in den einzelnen Organen veranschaulichen. Ausserdem erscheint es am geeignetsten zugleich die bei den einzelnen Organen vorkommenden Lebermetastasen zu berücksichtigen:

Organ	Anzahl des Krebses	Anzahl des metastatischen Leberkrebses
Magen	217	64
Uterus	154	25
Rectum	67	26
Mamma	57	22
Dickdarm	38	10
Oesophagus	33	3
Gallenblase und Gallenwege	29	22
Pancreas	24	17
Uebrige Organe zusammen	134	17
Summa	753	206

Primärer Leberkrebs : 10

Aus dieser Zusammenstellung geht hervor, dass der Magen entschieden der häufigste Sitz des primären Carcinoms ist und der Zahl nach die meisten Lebermetastasen im Gefolge hat, dass jedoch procentualiter die Gallenblase (resp. Pancreas) an erster Stelle als die häufigste Quelle des sekundären Leberkrebses genannt werden muss. Bei 753 Fällen von Krebs haben wir demnach 206mal Metastasen in der Leber zu verzeichnen; Verhältnis etwa wie 1:4 oder 25%.

Ausserdem kann man aus dieser Statistik leicht ersehen, dass natürlich die Frauen wegen der von den Geschlechtsorganen ziemlich häufig erfolgenden Verschleppung der Krebskeime einen bedeutend höheren Prozentsatz von metastatischem Leberkrebs aufweisen als die Männer. Bezüglich der Häufigkeit des primären Leberkrebses kommt etwa auf 22 Fälle

von Leberkrebs 1 primärer, eine Zahl, die mit den neueren Resultaten andrer Autoren annähernd übereinstimmt. In der Klinik von Ebstein zu Göttingen starben vom April 1877 bis Oktober 1885 18 Personen an Leberkrebs; von diesen kamen 17 zur Sektion. Unter den 17 waren 16 sekundäre und nur ein primärer Leberkrebs; das ist also ein Verhältnis von 17:1. Hansemann fand 1890 in den Protokollen des Berliner pathologischen Instituts von 1870—1889 258 Leberkrebstote, und unter diesen nur 6 wirklich primäre Leberkrebse, meint aber, dass von diesen sechs noch zwei nicht absolut sicher seien, da die Protokolle hier zu wünschen übrig liessen. Nach seiner Angabe erhält man demnach ein Verhältnis von 64:1, oder vielleicht von 43:1, je nachdem man 4 oder 6 Fälle gelten lässt.

Dagegen fand Sigrist von 1874—1886 in der Züricher Klinik unter 63 Fällen von Leberkrebs 12 primäre Krebse; nach seiner Angabe kommen also auf 1 primären 5 sekundäre.

Mit diesem Resultat stimmen ältere vor dem Jahre 1875 aufgestellte Tabellen überein, die aber wegen der damals noch schwankenden Vorstellungen über die histologische Natur des Krebses keineswegs als einwandsfrei angesehen werden dürfen. So stellt Leichtenstern in der „Klinik der Leberkrebse“ 430 Fälle zusammen, von denen 72 primäre, 358 sekundäre waren, ein Verhältnis von 1:5, und Frerichs 91 Fälle teils eigener, teils fremder Beobachtung, von denen er 22 als primäre anspricht, also ein Verhältnis von 1:4.

Der Vollständigkeit wegen gebe ich auch noch

die Zahlen wieder, welche betreff der Häufigkeit des Leberkrebses im Verhältnis zur Zahl der an Krebs Gestorbenen in der Litteratur mitgeteilt sind.

Tanchou gibt in seinem Civilstandsregister des Seine-Départements an, dass unter 9118 Krebstoten 578 an Leberkrebs gestorben waren. Auf 15,7 Krebse kommt hiernach also ein Leberkrebs.

Im Wiener k. k. allgemeinen Krankenhause starben in der Zeit von 1854—1874 exklusive 1871, 5955 Personen an Krebs, darunter 205 an Leberkrebs; daraus ergibt sich ein Verhältnis von 29:1.

In Genf starben von 1838—1855 von 889 Krebskranken 93 an Leberkrebs; hier kommt also auf 9.5 Krebse 1 Leberkrebs. In der Züricher Klinik starben von 1874—1886 311 Krebskranke; unter ihnen waren 77 Leberkrebskranke, also ein Verhältnis wie 4:1. Rokitansky gibt an, dass nach seiner Zusammenstellung und Beobachtung auf 5 Carcinomfälle 1 Leberkrebs komme; er hat also ein Verhältnis von 5:1.

Mit den letzten beiden Angaben stimmt auch unser Resultat von 4:1 ziemlich überein.

Aus all den Statistiken, welche für die Beurteilung der Häufigkeit des Leberkrebses in Betracht kommen, erhellt zur Genüge, dass der Leberkrebs „sekundär“ verhältnismässig häufig, dagegen „primär“ ungemein selten ist.

Nach diesen einleitenden Bemerkungen über die Häufigkeit des Leberkrebses komme ich jetzt zum **primären Leberkrebs** als solchem. Derselbe tritt im wesentlichen in 2 Hauptformen auf. Bei der ersten Hauptform, welche von Hanôt und Gil-

bert als „Cancer massif“ bezeichnet wird, kommt es zur Entwicklung eines einzigen oder einiger weniger Knoten. Die Oberfläche der Leber ist glatt, der Knoten meist scharf vom Lebergewebe abgegrenzt. Diese Form ist die häufigere.

Eine Unterform derselben ist die von Hanôt und Gilbert als „Cancer nodulaire“ beschriebene, bei welchem es sehr frühzeitig von dem Primär-Herde zu zahlreichen, einzelnen metastasischen Knoten in der Leber selbst kommt. Diese Form des Leberkrebses findet sich selten „primär“, aber umso häufiger „sekundär“.

Die zweite Hauptform stellt die von Ziegler als „diffuse krebsige Entartung“ bezeichnete, von Hanôt und Gilbert „Cancer acvec cirrhose“ benannte Form dar, für welche die Cirrhose und der unmerkliche Uebergang der Geschwulst in das Lebergewebe, sowie die beträchtliche Vergrösserung der Leber und die höckerige Oberfläche der letzteren charakteristisch ist.

Als eine seltene dritte Hauptform ist endlich nach Ziegler diejenige von jenen beiden zu trennen, bei welcher das periportale Bindegewebe der Sitz der Krebsknoten ist.

Der Ausgangspunkt des primären Leberkrebses sind nach Hanôt's und Gilbert's Ansicht in allen Fällen die Leberzellen selbst, während Ziegler ausserdem noch die Gallengänge als ersten Entwicklungsherd des primären Leberkrebses anspricht.

Metastasen, namentlich in der Lunge, kommen beim primären Leberkrebs nicht selten vor.

Der Fall von primärem Leberkrebs, den

ich zu untersuchen Gelegenheit hatte, gehört zu jener verhältnismässig seltenen von Hanôt und Gilbert als „Cancer nodulaire“ beschriebenen Form, welche in multiplen Knoten auftritt und dem sekundären Leberkrebs fast eigentümlich zu sein pflegt. Ich will auf diesen Fall von primärem Leberkrebs, der in klinischer wie pathologisch-anatomischer Hinsicht einiges Inseressante darbietet, etwas näher eingehen.

Anna Lippert, Köchin, 48 Jahre alt.

Krankengeschichte.

(Krankenhaus r. d. Isar zu München.)

Patientin, welche bis zum 28. IV. 1898 gearbeitet hat, tritt am 2. V. 1898 in klinische Behandlung wegen Mattigkeit und Gelbsucht. In geringerem Grade soll letztere schon seit dem 28. IV. 1898 bestehen. Ausser Appetitmangel, leichten dyspeptischen Beschwerden, auch zeitweisen Diarrhöen in der letzten Zeit klagt P. über unangenehmes Gefühl von Druck und Spannung im rechten Hypochondrium.

2. V. Hochgradiger allgemeiner Ikterus. Mässiger Ernährungszustand. Die Lunge ergibt perkutorisch keinen pathologischen Befund; die Auskultation stellenweise unbestimmtes Atmen, wenige Ronchi. Das Herz bietet keine Besonderheiten. Die Leber ist vergrössert, besonders der linke Lappen, sehr hart, Rand scharf, Oberfläche, so weit fühlbar, glatt. Die Gallenblase palpabel und wie die Leber auf Druck mässig schmerzhaft. Kein Milztumor. Ascites gegenwärtig nicht nachweisbar, keine Oedeme. Urinunter-

suchung: K. E. Gallenfarbstoff. Faeces hellgelb, von üblem Geruch.

6. V. Allgemeinbefinden wenig verändert. Leichtere Kost wird gut vertragen. Lebergrenzen bleiben stationär. Stuhlgang regelmässig, keine Diarrhöen. Faeces behalten die gleiche Farbe und Geruch. Abendliche Temperatursteigerungen stellen sich ein. Ab und zu spontane Schmerzen in der Lebergegend, noch ausgesprochener in der Gegend der Gallenblase. Beide bei Palpation empfindlicher wie früher, besonders die Gallenblase. Ausstrahlen der Schmerzen in die rechte Schulter. Brechreiz, der am zweiten Tage auftrat, geschwunden.

12. V. Ikterus nimmt nicht ab. Temperatur steigt mit abendlichen Exacerbationen. Mässige kolikartige Schmerzen in der Gallenblasengegend. Sonst keine Aenderung. Temp.: 37,5. 38,0.

16. V. Subjektiv wenig Klagen. Schmerzen treten seltener und in geringerer Intensität auf. Leberschwellung bleibt. Pulmo: Auftreten leichter Bronchitis; Verdichtungsherde nicht nachzuweisen.

Urin: wenig E. Temp. 37,6. 38,4.

22. V. Ernährungszustand geht zurück. Des öfteren starke Pulsbeschleunigung, aber regelmässige Herzaktion. Ikterus bleibt. Leberuntersuchung bietet kein neues Resultat. Temp.: 38,9. 38,8.

27. V. P. verfällt zusehends. Subjektiv keine neuen Klagen. Auftreten von Herzschwäche. Stauungsödeme. Kein Milztumor. Temp.: 39,1. 39,4.

1. VI. Ausgesprochene Cachexie. Ernährung infolge Appetitmangel und Auftreten von dyspep-

tischen Beschwerden erschwert. Geringer Ascites. Temp.: 38,0. 38,2.

4. VI. Zunehmende Schwäche. Sensorium frei. Objektiver Befund der gleiche. Afebril.

9. VI. Rascher Kräfteverfall. Herzaktion beschleunigt, arythmisch. Sensorium frei. Temperatur subnormal. Nachlass der Herzthätigkeit. Puls kaum zu fühlen. Coma. Exitus letalis.

Therapie: Kräftigung der Kranken durch entsprechende roborierende Diät und Milderung ihrer Beschwerden in symptomatischer Weise.

Diagnose:

Carcinoma hepatis. (primär?)
Perihepatitis und Cholecystitis. (Gallenstein?)
Ikterus gravis.

Für die Annahme eines primären Lebercarcinoms spricht die verhältnismässig kurze Dauer der Erkrankung, welche etwa den Zeitraum von 6—10 Wochen umfasst; beim primären Carcinom ist die Zeit des Verlaufs im allgemeinen eine kürzere als beim sekundären; für letzteres wird als mittlere Zeit von verschiedenen Autoren eine Dauer von 16—17 Wochen angegeben. Ausser der kurzen Dauer der Krankheit dürfte für die Diagnose: „primärer Leberkrebs“ vielleicht auch noch das wenn auch geringe, aber längere Zeit bestandene Fieber in Betracht kommen, welches in rasch zum Tode führenden Fällen meistens aufzutreten pflegt.

Sektionsprotokoll[1]).

Mittelgrosse ziemlich stark abgemagerte weibliche Leiche mit intensiv ikterischen Hautdecken, die stellenweise ein dunkel-grün-gelbes Colorit aufweisen. Beide Unter-Extremitäten ödematös; Hals verbreitert, über dem Jugulum eine knollige Geschwulst. Fettpolster ist über Brust und Bauch nur mehr in ganz geringen Resten vorhanden. Muskulatur atrophisch. Im kleinen Becken etwa $^1/_2$ l mit Flocken gemischte grünliche Flüssigkeit. Leber 3fingerbreit unter dem Rippenbogen hervorragend. Die den rechten Leberlappen etwa 4 cm überragende Gallenblase ist mit dem Quercolon durch fibröse Stränge adhärent und stellt einen harten Körper dar, aus dem sich beim Einschneiden neben dunkelgrünem zähen Eiter ein walnussgrosser Stein entleert.

Zwerchfellstand rechts wie links wegen der Verwachsungen nicht genau feststellbar. Herzbeutel liegt etwa 3fingerbreit vor, ist an der Spitze mit dem Epicard etwas adhärent und enthält wenige Tropfen blutigen Serums. Linke Lunge nach hinten und unten verwachsen; rechte Lunge frei. Beide Pleurahöhlen leer.

Linke Lunge den Verwachsungen entsprechend mit fibrösen Auflagerungen bedeckt, schneidet sich derb, ist überall ikterisch imbibiert und von zahlreichen bis zu haselnussgrossen scharf umschriebenen gelblich-weissen Knoten durchsetzt, z. T. sind dieselben von hämorrhagischen Höfen umgeben. U. L. im ganzen blutreicher. Knoten hier sehr dicht angeordnet, lufthaltiges Parenchym fast ganz verschwun-

[1]) Sektionsprotokoll des path. Instituts. Nr. 555. 1898.

den. Im O. L. zwischen den Knoten noch etwas lufthaltiges Gewebe.

In der rechten Lunge unter der Pleura besonders an den Kanten fast walnussgrosse Knoten durchfühlbar, die auf dem Durchschnitt aus einem intensivgelben Gewebe bestehen und sich scharf von der dunkelhämorrhagischen Umgebung abheben. Das zwischen den Knoten liegende Gewebe ist im O. L. und M. L. stark von ikterisch wässriger Flüssigkeit durchsetzt, in seinem Luftgehalt reduziert. U. L. fast ganz hämorrhagisch infiltriert, Luftgehalt auf ein Minimum herabgesetzt. Bronchialknorpel und Intima der grossen Gefässe dunkelgelb imbibiert, Lymphdrüsen stark geschwellt und von gelblichen Geschwulstmassen durchsetzt.

Herz ist klein, von schlaffer Konsistenz, mit geschlängelten Coronargefässen und intensiv gelbem Epicard. R. Ventr. eng, enthält gelblich zähes Speckgerinnsel, Endocard und Klappen glatt und gelblich imbibiert. Muskulatur sehr dünn, Vorhof verhältnismässig weit. L. Ventr. mit sehr engem kaum pflaumengrossen Lumen. Endocard und Klappen ikterisch verfärbt. Aorta zeigt vereinzelte fibröse Einlagerungen. Papillarmuskeln sehr kurz, sehnig. Mitralis mit etwas knotig verdicktem Schliessungsrand. Muskulatur grünlich imbibiert.

Milz nicht wesentlich vergrössert; Kapsel runzelig; auf der Schnittfläche Pulpa einsinkend, weich, dunkelrot; Gerüst deutlich, Follikel nicht sichtbar.

Magen ist ziemlich gross, enthält etwas bräunlich flockigen Schleim. Schleimhaut stellenweise ecchymosiert und blutig imbibiert, in der pars pylorica

leicht gefeldert und auf dem Durchschnitt verdickt Pylorus frei durchgängig, ohne eine Spur von Geschwulstbildung.

Pankreas lässt sich in ganzer Ausdehnung gut abgrenzen; auf dem Durchschnitt Läppchenzeichnung deutlich, ikterisch imbibiert.

Leber ist in allen Durchmessern bedeutend vergrössert. Unter der Kapsel multiple gelbliche Flecken durchscheinend, welche auf dem Durchschnitt als Geschwulstknoten erscheinen, von deren Schnittfläche sich intensiv gelbe Pfröpfe ausquetschen lassen. Das Gewebe ist beträchtlich reduziert, dunkel-olivengrün imbibiert, mit hellerer peripherer Zone der Acini und sehr geringem Blutgehalt. Die grossen Gallengänge bedeutend dilatiert, von der Schnittfläche entleert sich reichlich eitrig-zähes grün-gelbes Sekret.

Nieren fast ohne Fettkapsel; Fibrosa leicht abziehbar, glatte grünlich-braune Oberfläche, stark ikterisch imbibiertes Parenchym, nirgends überquellend, ohne Einlagerungen. In der Gegend der Nieren-Bögen Gefässe stark injiziert. Becken eng; Schleimhaut dunkelgelb, von einzelnen Blutaustritten durchsetzt. Die retroperitonealen Lymphdrüsen sind zu einem fast faustgrossen Packet geschwellt und auf dem Durchschnitt von Geschwulstmassen durchsetzt.

Gewichte der Organe:

L. Lunge	700,	Leber	3450,
R. „	840,	Milz	210,
Herz	260,	Nieren	350.

Diagnose: Primäres Carcinom der Leber, multiple Metastasen in beiden Lungen, bron-

chialen und retroperitonealen Lymphdrüsen; Cholelithiasis, eitrige Cholecystitis und Cholangitis, schwerer allgemeiner Ikterus; Atrophie des Herzens.

Die Symptome, welche Patientin im Leben darbot, sind aus dem Leichenbefunde leicht zu erklären. Die klinische Diagnose wurde durch den Leichenbefund völlig bestätigt.

Wie in der Einleitung kurz dargelegt wurde, kommt das primäre Lebercarcinom hauptsächlich in zwei Formen vor, nämlich als solitärer grosser Tumor und als diffuse krebsige Entartung mit Cirrhose. Wo diese beiden Formen makroskopisch wie mikroskopisch gefunden werden und wo im ganzen Organismus nichts nachzuweisen ist, was als primärer Herd angesehen werden kann, da handelt es sich in Wirklichkeit um primären Krebs der Leber. In dem vorliegenden Fall, wo wir keine jener Hauptformen, sondern die in multiplen Knoten auftretende seltene Form vor uns haben, die für sekundären Leberkrebs sozusagen charakteristisch ist, dürfte die Form für die Diagnose „primärer Leberkrebs“ in keiner Weise zu verwerten sein. Das Hauptkriterium für die Annahme eines primären Leberkrebses ist in diesem Fall der genau geführte Nachweis, dass alle andern Organe des Körpers frei von jeder primären Krebsaffektion sind, und dass man mikroskopisch Carcinom nachweist. Hier erwies sich die Geschwulst bei der mikroskopischen Untersuchung als Carcinom, ausgehend von den Leberzellen. Auf das genaueste wurden alle Organe der Leiche untersucht, nirgends wurde etwas entdeckt, was als primärer Herd angesprochen werden durfte.

Der Magen und Darm, das Pankreas, die Gallenblase und Gallenwege, die Pfortader und ihre Aeste und die andern Organe, vor allem die Geschlechtsorgane waren völlig carcinomfrei. Interessant war in diesem Fall das Zusammentreffen des etwa walnussgrossen Gallensteins und der krankhaften Veränderungen der Gallenblase und deren Umgebung. Makroskopisch wie mikroskopisch war weder in dem der Gallenblase benachbarten Lebergewebe, noch in der Gallenblasenwand selbst, noch in den Verwachsungen zwischen Gallenblase und Colon irgend welche Krebsentwicklung nachweisbar, so dass also zwischen der Erkrankung der Leber einer- und Gallenblase anderseits kein direkter Zusammenhang bestand. Demnach müssen wir die eitrige Entzündung der Gallenblase und Gallengänge als selbständigen Erkrankungsprozess auffassen, als eine Kombination einer infolge des von dem Gallenstein auf die Gallenblasenwand ausgeübten Reizes entstandenen reaktiven Entzündung mit sekundärer eitriger Infektion. In unserm Fall war der schwere Ikterus wohl weniger eine Folge der Kompression von Gallengängen seitens der Geschwulstknoten; sicherlich war derselbe mehr bedingt durch den Gallenstein und die Erkrankung der Gallenblase und Gallenwege. Was nun weiter die betroffenen Retroperitoneal- und Bronchialdrüsen, sowie die zahlreichen Krebsknoten in der Lunge betrifft, so waren dieselben unzweifelhaft metastatischer Natur; diese sekundären Krebsaffektionen sind fast regelmässig bei primärem Krebs der Leber zu finden.

Auf Grund all dieser Untersuchungen und Erwägungen komme ich zu dem Schlusse, dass

es sich bei dem vorliegenden Falle um ein primäres Lebercarciom handelt.

Besondere Beachtung verdient dieser Fall insofern, als er von neuem die Thatsache bestätigt, dass der primäre Leberkrebs zweifellos, wenn auch selten in Form von zahlreichen einzelnen Knoten vorkommen kann. Die exakte Beobachtung der Neuzeit hat bereits ähnliche abweichende Formen des primären Leberkrebses zur Kenntnis gebracht und wird in Zukunft noch weitere derartige Fälle die medizinische Welt kennen lernen.

Zum Schluss spreche ich meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Obermedizinalrat Prof. Dr. Bollinger, für Ueberlassung des Materials und Uebernahme des Referats den herzlichsten Dank aus.

Litteratur.

1. Bongartz, I.-D. Freiburg i. B. 92.
2. Burhenne, Beitr. z. Stat. d. Leberkrebse. Göttingen 87.
3. Frerichs, Klinik d. Leberkrankh. Bd. II, 61.
4. Hanôt et Gilbert, Ètudes sur les meladies du foie. Paris 88.
5. Hansemann, „Ueber primären Krebs der Leber." S.-A. aus d. Berl. klin. Wochenschrift 90.
6. Hesseling, I.-D. München 85.
7. Klebs, Hdb. d. path. Anat. I, 69.
8. Leichtenstern, v. Ziemssens Hdb. Bd. VIII.
9. Riesenfeld, I.-D. Berlin 68.
10. Rokitansky, Hdb. d. spec. path. Anat. III, 61.
11. Weigert, Virchow's Archiv. Bd. 67.
12. Ziegler, Hdb. d. allg. u. spec. path. Anat. 95.